WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

ROK XII 1941 NUMER 11

GRÜTZ (M. M. W. 1937 nr 31, Jahresk. ärztl. Fortb. 1939), FISCHER (Fortsch. Th. 1937 nr 10), SCHUBERT (Derm. Wo. 1937 nr 49) i in.

NEO - ULIRON

Od lata 1937 r. prowadzone są rozległe badania kliniczne nad Neo-Ulironem, który pod nazwą „Diseptal B" dowiódł swej znakomitej tolerancji oraz przydatności w leczeniu wszystkich okresów rzeżączki jak również wszelkich innych chorób wywołanych przez gonokoki.

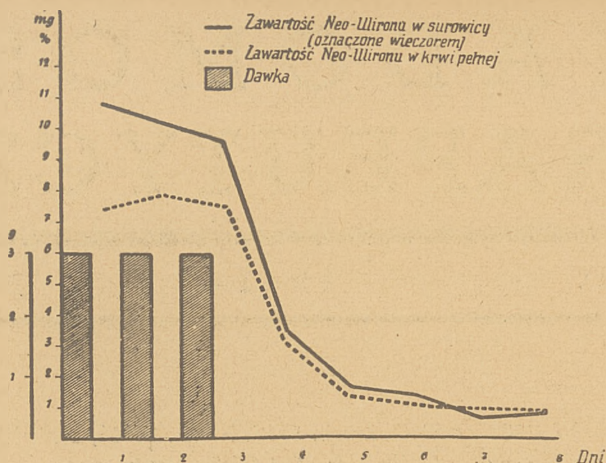
Tabletki Neo-Ulironu zawierają jako składnik czynny 0,5 g bezbarwnego 4 - (4' - aminobenzolosulfonamido) - benzolsulfonmonometylamidu. Ciało to jest trudno rozpuszczalne w wodzie, rozpuszcza się natomiast dobrze w rozpuszczalnikach zasadowych, jak na przykład rozcieńczony ług sodowy. Przetwór rozpuszcza się również dobrze w acetonie, trudno w alkoholu. Temperatura topnienia wynosi 142 — 144°. Smak Neo-Ulironu jest lekko gorzkawy.

Jeśli na odpowiednich pożywkach zaszczepi się wysięk z jamy otrzewnej myszy zakażonych gonokokami, wówczas u myszy leczonych Neo-Ulironem po upływie 24, 48 wzgl. 72 godzin od szczepienia gonokoki w wysięku zostają zabite, podczas gdy u nie leczonych zwierząt kontrolnych można jeszcze stwierdzić obecność żywych gonokoków.

Dzięki dodawaniu mucyny do hodowli gonokokowych, używanych do zakażenia dootrzewnego, udaje się niekiedy wywołać infekcję gonokokową śmiertelną dla zwierząt. W doświadczeniach przeprowadzonych w powyższy sposób okazało się na przykład, że spośród zwierząt nie leczonych pokonało zakażenie zaledwie 35%, natomiast w grupie leczonych Neo-Ulironem podawanym per os zdołano uratować aż 80%. W innej serii doświadczeń na 12 nie leczonych zwierząt kontrolnych zaledwie 1 zwalczyło zakażenie, podczas gdy spośród 10 zwierząt leczonych Neo-Ulironem 8 powróciło do zdrowia. Ponieważ w dużej liczbie doświadczeń uzyskano analogiczne wyniki, przeto uznać można za miarodajny odsetek 8% zwierząt kontrolnych przeżywających samoistnie zakażenie oraz 80% zwierząt leczonych Neo-Ulironem, które powracają do zdrowia. (*Domagk,* Derm. Wo. 1938, nr 27).

Podczas gdy przy stosowaniu Ulironu najwyższe stężenie leku we krwi zostaje osiągnięte w 2. dniu leczenia i waha się na ogół pomiędzy 6 — 8 mg %, odpowiednia wartość dla lepiej wchłanianego Neo-Ulironu wynosi przeciętnie 11 mg % i więcej; poziom powyższy zostaje osiągnięty już w 1. dniu leczenia, jak to wynika z przytoczonej krzywej.

Warunki wchłaniania i wydalania Neo-Ulironu zostały po raz pierwszy



zbadane przez *Kühnaua* (Kl. Wo. 1938 nr 35), który dowiódł, że Neo-Uliron podawany w dawkach dziennych 2 g zostaje wydalony z moczem niemal ilościowo *) po upływie najdłużej 6 dni. W zgodzie z powyższym spostrzeżeniem znajdują się również badania *Brudera* (Arch. Derm. u. Syph. 1939 t. 179), który po dawce dziennej 3 g stwierdzał wprawdzie tylko około 60% i u dzieci 75% przetworu w moczu, jednakowoż nie wykrywał już obecności Neo-Ulironu w moczu po upływie 5 — 6 dni od chwili odstawienia leku. W stolcu natomiast stwierdzał *Bruder* najwyżej 7% wprowadzonej ilości Neo-Ulironu.

Dotychczasowe wyniki badań klinicznych uprawniają do próby natychmiastowego leczenia Neo-Ulironem ostrej rzeżączki bez okresu wyczekiwania. Z drugiej strony doświadczenie wykazuje, że optymalny termin dla rozpoczęcia doustnej chemoterapii rzeżączki przypada około 10. dnia od chwili pojawienia się wycieku.

Zarówno w ostrej jak i w przewlekłej rzeżączce poleca się przyjmowanie 3 × dziennie po 2 tabletki w ciągu 4 dni. W około 80% przypadków już pierwsze uderzenie Neo-Ulironem prowadzi do całkowitego wylecze-

---

*) 1 cm^3 świeżego moczu zadaje się 4 — 5 kroplami rozcieńczonego kwasu solnego (lub 1 cm^3 n-HCl), 2 kroplami (0,1 cm^3) 1% $NaNO_2$, kilkoma kryształkami mocznika (lub 1 cm^3 0,2% NH_2SO_3H) oraz 1 cm^3 0,3% chlorowodorku etyl - α - naftylaminy. Po dolaniu każdego odczynnika mocz wstrząsać przez pewien czas.

Skoro najdalej w ciągu 2 minut od chwili dodania ostatniego odczynnika pojawi się fiołkowoczerwone zabarwienie, wówczas stanowi to dowód, że mocz zawiera Neo-Uliron lub inny przetwór szeregu sulfonamidowego. Jeżeli natomiast w ciągu tego czasu barwa moczu utrzymuje się bez zmian lub też staje się jasnopomarańczową do lekko brunatnej, wówczas należy wyłączyć obecność Neo-Ulironu w badanej próbce. Skoro utworzony barwnik po upływie pewnego czasu opada w postaci ciemnoczerwonego osadu, wówczas stanowi to pewny dowód, że mamy do czynienia z Neo-Ulironem. W razie słabego stężenia Neo-Ulironu dochodzi najwyżej do pojawienia się pewnej opalizacji.

nia. Skoro jednak pomimo zastosowanego uderzenia stwierdza się jeszcze obecność gonokoków w wydzielinie, wówczas należy po 5-dniowej przerwie zarządzić 2. uderzenie lecznicze w ilości łącznej 12 g. Również nie ma żadnych zastrzeżeń co do zastosowania 3. uderzenia leczniczego po dalszych 5 dniach przerwy, jednakże zabieg ten jest niezbędny jedynie w wyjątkowych przypadkach. Nie należy natomiast stosować więcej niż 3 uderzenia neo-ulironowe, ponieważ pacjenci, którzy nie pozbyli się na stałe gonokoków pod wpływem 3 uderzeń, nie nadają się do chemoterapeutycznego leczenia rzeżączki. W przypadkach tego rodzaju najlepiej przejść do wyłącznego leczenia miejscowego.

Jeśli zamierzamy rozpocząć leczenie dopiero 10. dnia od chwili pojawienia się wycieku, wówczas w okresie poprzedzającym chemoterapię częstokroć przynoszą pożytek płukania *Janeta* roztworami nadmanganianu potasu w rozcieńczeniu 1:10 000, podobnie jak i rozcieńczonymi rozczynami srebrowymi (Albargin 1:1000). Poza tym poleca się kontynuowanie przestrzykiwań również w okresach przerwy. Zbyt silne roztwory jak również zbyt długie pozostawianie w cewce płynu przeznaczonego do płukań, a także nadmierne wypełnianie cewki może powodować powstawanie nacieków, stanowiących następnie przyczynę niepowodzenia leczniczego.

Niektórzy lekarze dążą do wzmocnienia sił obronnych ustroju zarówno w czasie pierwszego uderzenia neo-ulironowego jak również w okresach przerwy. W tym celu posługujemy się zazwyczaj szczepionkami (Toxogon, Gonargin) lub nieswoistym leczeniem bodźcowym przy pomocy Omnadiny, Paragenu, autohemoterapii lub też przetworów terpentyny.

Do leczenia szczepionkowego należy polecić naprzemienne domięśniowe i dożylne wstrzykiwanie Toxogonu lub Gonarginy podług następującego schematu *(Schreus)*.

1.	dnia	500	miljonów	drobnoustrojów	domięśniowo
2.	„	50	„	„	dożylnie
3.	„	1000	„	„	domięśniowo
4.	„	100	„	„	dożylnie
5.	„	2000	„	„	domięśniowo
6.	„	200	„	„	dożylnie

W następstwie leczenia szczepionką rozpoczyna się stosowanie Neo-Uliroinu.

Przy zachowaniu przepisów dawkowania prawie zawsze osiąga się wyzdrowienie, jednak nie zawsze udaje się uniknąć niepowodzeń lub nawrotów choroby. Częstą przyczyną nieoddziaływania pacjenta na leczenie chemoterapeutyczne stanowią, jak się okazuje, nacieki cewki moczowej oraz ropnie, ropne ogniska gruczołowe i t. p. Sprawy te nie zawsze są łatwe do rozpoznania.

Wymienione przyczyny niepowodzeń leczniczych nie dają się w żadnym wypadku wyłączyć przez zwiększanie dawek Neo-Ulironu, tym bardziej, że stężenie Neo-Ulironu we krwi oraz cieczach ustrojowych nie jest w stanie przekroczyć pewnej wartości maksymalnej. Wartość powyższą,

wahającą się pomiędzy 10 — 14 mg%, udaje się bardzo łatwo osiągnąć przy pomocy dawkowania podanego powyżej.

Dlatego też poleca się w razie nieskuteczności leczenia Neo-Ulironem odszukać ewentualne ogniska otorbione i usunąć je przy pomocy elektrokaustyki. Częstokroć udaje się usunąć ogniska miejscowe już przy pomocy wprowadzenia do cewki zgłębnika i następowego masażu. Również wskazane jest tutaj leczenie szczepionkowe przy pomocy Toxogonu lub Gonarginy.

Poniżej zreferujemy pokrótce niektóre wyniki spostrzeżeń kliniczno-terapeutycznych.

Już w swej pierwszej pracy o Neo-Ulironie donosi *Grütz* o szybkim działaniu leczniczym tego związku nazwanego podówczas DB 87. Zastosowanie kilku gramów substancji doprowadzało do zniknięcia gonokoków. Dawkowanie przekraczało podówczas nieco wartości stosowane obecnie, jednakowoż nawet i przy początkowo wyższych dawkach uwidaczniała się dobra tolerancja Neo-Ulironu. Niekiedy tylko zbyt duże dawki wywoływały bóle głowy *(Grütz,* Klinika Dermatologiczna w Bonn; Münch. med. Wschr. 1937 nr 31).

Fischer (Szpital Miejski Wuppertal-Elberfeld; Fortschr. Ther. 1937 z. 10) stwierdził znacznie szybsze ustępowanie objawów klinicznych pod wpływem Neo-Ulironu. Jako przykład leczenia Neo-Ulironem przytoczymy jedną z historii chorób:

A. F., l. 23, przyjęty 17.9. Gon. ac. ant. et post. Obfity wyciek, mocz I i II mętny. 18.9. 1 cm^3 sulf. coll. D 3 domięśniowo. Odczyn gorączkowy 39,5°. 19.9. badanie składu morfologicznego krwi: 10 900 krwinek białych, 21% limfocytów. Od 19. — 21.9. włącznie po 3 g (6 razy po 1 tabl. à 0,5) Neo-Ulironu dziennie. Już 20.9. nie stwierdza się obecności gonokoków, wyciek zmniejszył się i ustąpił całkowicie 22.9; tegoż dnia mocz I i II jest zupełnie przejrzysty. Nie ma palenia w cewce moczowej. 23.9. badanie krwi: 6900 krwinek białych, 35% limfocytów. Po wielokrotnych prowokacjach miejscowych i ogólnych wypisany 6.10. jako wyleczony. Dalsze badania kontrolne aż do dnia dzisiejszego dają wynik ujemny. Płukania $KMnO_4$, poza tym żadnego innego leczenia miejscowego. (Hippokrates 1938 z. 1).

M. Schubert (Klinika Dermatologiczna w Frankfurcie n. Menem; Dermat. Wschr. 1937 nr 49) leczył 45 chorych rzeżączkowych dotkniętych sprawą ostrą (świeżą) lub przewlekłą i stwierdził przy tym szybkie i energiczne działanie Neo-Ulironu. Pojawiające się niekiedy działania uboczne (wysypki, bóle głowy, gorączka, akrocyanoza) szybko znikają po odstawieniu leku; objawy powyższe występowały zazwyczaj w 1. dniu drugiego uderzenia leczniczego. W jednej z późniejszych prac donosi *Schubert* (Derm. Wschr. 1938 nr 27) o kojarzeniu Ulironu z Neo-Ulironem (1. uderzenie: Uliron, 6 dni przerwy; uderzenie Neo-Ulironem). Przy pomocy powyższej metody leczył autor dotychczas 350 chorych na rzeżączkę uzyskując wyleczenie w 93%.

Schreus (Klinika Dermat. w Düsseldorfie; Derm. Zschr. 1937, t. 76)

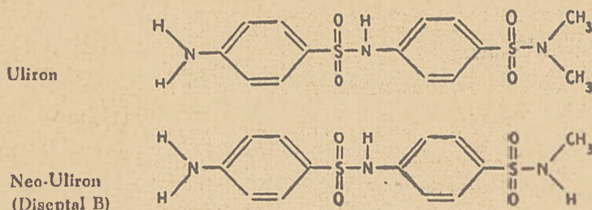
przeprowadzając badania porównawcze odniósł wrażenie, że Neo-Uliron nadaje się szczególnie do leczenia rzeżączki u kobiet: 86% wyleczeń wobec 7% nawrotów, które zresztą można było doprowadzić do wyleczenia dzięki dalszemu leczeniu. Pogląd *Schreusa*, jakoby Neo-Uliron wywierał szczególny wpływ na rzeżączkę kobiet, został również potwierdzony przez Klinikę Dermatologiczną w Kolonii (*Lilienthal*, Derm. Wschr. 1938 nr 27).

Fischer (Szpital Miejski. Wuppertal-E.; Zschr. ärztl. Fortb. 1938 nr 12) stosował w ostatnich czasach prawie wyłącznie Neo-Uliron i poczynił przy tym następujące spostrzeżenia:

Dawkowanie Neo-Ulironu w rzeżączce mężczyzn i kobiet powinno być następujące: w ciągu 3 — 5 dni 3 × po 2 tabletki Neo-Ulironu dziennie (= 3 g); dzieci otrzymują w ciągu 3 — 5 dni 3 × po 1 lub 6 × po ½ tabletki (= 1,5 g). Pierwszymi oznakami przedawkowania są bóle głowy i osłabienie, sinica oraz wysypki skóry.

Jeżeli pierwsze uderzenie neo-ulironowe nie prowadzi do wyleczenia, wówczas należy po 6 — 8 dniach zastosować drugie a w razie potrzeby trzecie i czwarte uderzenie z zachowaniem jednakowych przerw. Pomiędzy uderzeniami ulironowymi można próbować szczepionki lub leczenia miejscowego. Zarządzenie dalszych uderzeń nie ma celu. Podczas leczenia Neo-Ulironem, zastosowanym w przytoczonych dawkach, stwierdza się wieczorem 2. dnia uderzenia około 11 mg% leku we krwi; wartość minimalna wynosi tu około 6 mg% Neo-Ulironu. Wydalenie trwa szereg dni; nie stwierdza się wydalania około 30% przyjętej dawki. Dla ustalenia wyleczenia stosuje się prowokację przy pomocy bodźców miejscowych, wstrzykiwań białka, szczepionki, gorących kąpieli i podawania alkoholu. Krytycznym dniem dla kobiety jest 2. dzień menstruacji po zaprzestaniu leczenia. W tym czasie należy przeprowadzić dokładne badanie również przy pomocy posiewu.

Zdaniem *Fischera* przeciwwskazaniem dla stosowania Neo-Ulironu jest osłabienie, szczególnie u dzieci, u których należy przede wszystkim przeprowadzać leczenie ogólnie wzmacniające z zastosowaniem diety obfitującej w witaminy. Dalszym przeciwwskazaniem stosowania Neo-Ulironu jest równoczesna kuracja salvarsanowa. W następstwie skojarzonego leczenia pojawiają się nudności i żółtaczka. Również należy zachować ostrożność w chorobach nerek. Gorsze niekiedy wyniki, osiągane w praktyce, mogą częściowo zależeć od okoliczności, że chorzy ambulatoryjni są bardziej narażeni na szkodliwe wpływy zewnętrzne od pacjentów pielęgnowanych w klinice. Podług *Schreusa* również pewną rolę mają tu odgrywać zmiany w odżywianiu spowodowane porą roku. *Fischer* nie potwierdza tego; stosował on jednak w ciągu całej zimy dietę jarską w połączeniu z obfitym dodatkiem witaminy C.



Fischer reasumując swe dotychczasowe doświadczenia stwierdza 50 — 60% wyleczeń po 1. uderzeniu neo-ulironowym — pomimo tego jednak stosuje dla pewności 2. uderzenie. Po 2. i następnych uderzeniach ulega wyleczeniu dalszych 20 — 30% pacjentów. Pozostaje zatem około 20% wyników niezadowalających.

Brauer (Gdańsk; Danz. Aerztebl. 1938 nr 7) miał możność stwierdzenia niewątpliwych zalet Neo-Ulironu. Już w świeżej rzeżączce, która na

ogół przedstawia gorsze widoki leczenia niż starsza, Neo-Uliron powodował 47% wyleczeń po jednym uderzeniu i 63% wyleczeń po drugim uderzeniu; odpowiednie liczby dla Ulironu wynoszą 35 i 41%. Jeśli leczenie przeprowadza się u mężczyzn z rzeżączką utrzymującą się co najmniej od 15 dni, wówczas przy pomocy jednego uderzenia neo-ulironowego uzyskuje się wyleczenie w 81%; liczba powyższa zwiększa się do 90% po 2. uderzeniu. Spośród 17 kobiet wyleczono Neo-Ulironem aż 16, przy czym 15 pacjentek wyzdrowiało już po pierwszym uderzeniu.

Löhe i *Wawersig* (Szpital Virchowa w Berlinie; Derm. Wschr. 1938 nr 37) leczyli ogółem 586 chorych na rzeżączkę. Pierwsze uderzenie było stosowane po uprzednim „przestrojeniu" przy pomocy szczepionki gonokokowej (Gonargin) lub Omnadiny i doprowadzało w 81 wzgl. 78% do trwałego zniknięcia gonokoków. Drugie uderzenie lecznicze zwiększało ogólną liczbę wyzdrowień do 89%. Nie jest wyjaśnione, czy w świeżej rzeżączce można uzyskać pomyślniejsze wyniki przez dodatkowe stosowanie szczepionek. Przy 4-dniowych uderzeniach neo-ulironowych nie stwierdzano nigdy przesunięcia wzoru krwi w lewo ani też zmniejszenia się liczby granulocytów. Również i objawy uboczne były tu znacznie rzadsze i łagodniejsze niż przy dawniejszym niepotrzebnie wysokim dawkowaniu.

Spośród 13 dzieci 5 zostało uwolnionych od gonokoków po pierwszym uderzeniu, u dalszych 5 osiągnięto ten sam wynik dopiero po 2. uderzeniu w połączeniu z leczeniem miejscowym, 3 dzieci wreszcie wykazywało stale obecność gonokoków. *Löhe* i *Wawersig* porównują znaczenie lecznicze diseptali do znaczenia Salvarsanu.

H. Martenstein (Drezno; Med. Klin. 1938 nr 50, str. 1656) uważa, że spośród 3 sulfonamidów najskuteczniejszym jest Neo-Uliron; autor ten stwierdził 79% wyleczeń w starej rzeżączce; również i świeża rzeżączka ustępowała rychło. Zasługuje na podkreślenie, że Neo-Uliron bardzo szybko ulega wydaleniu z moczem.

Wezel (Miejska Klinika Dermatologiczna Stuttgart-Cannstatt; M. M. W. 1938 nr 49) ustalił znaczny odsetek wyleczeń już po 1. uderzeniu neoulironowym (wzgl. C-ulironowym); wyzdrowienie uzależnione było od szczepu gonokokowego będącego przyczyną zakażenia (podług *Neumanna)*; zakażeni szczepem A dochodzili do zdrowia w 84,4%, zakażeni szczepem C — w 76,9%, wreszcie zakażeni szczepem D jedynie w 50%.

W. Pfister (MiejskaKlinika Dermatologiczna, Stuttgart - Cannstatt; Zbl. Gyn. 1939 nr 12) próbował w rzeżączce kobiet stosowania Ulironu, Neo-Ulironu oraz Ulironu C; w razie ponownego pojawienia się gonokoków następowało 2. uderzenie po upływie 8 dni. Skoro i 2. uderzenie okazywało się nie wystarczające, wówczas stosowano w międzyczasie leczenie szczepionką, a następnie przechodzono do 3. uderzenia. Przy pomocy Ulironu leczono jedynie 38 kobiet, dlatego też osiągnięte wyniki nie są tak

miarodajne jak uzyskane Neo-Ulironem. Ogólne zestawienie przedstawia się jak następuje:

Leczenie Ulironem 38 kobiet	Leczenie Neo-Ulironem 183 kobiet	Leczenie Ulironem C 49 kobiet
wyleczono po		
1. uderzeniu 53%	82%	82%
2. uderzeniu 31%	7%	12%
3. uderzeniu 16%	3%	2%
nie wyleczonych 0	8%	4%

Na podstawie powyższych liczb *Pfister* wnioskuje o większej skuteczności Neo-Ulironu i Ulironu C.

Bruder (Miejski Szpital Wuppertal-E.; Arch. Derm. u. Syph. 1939 t. 179) po 3-dniowym uderzeniu neo-ulironowym stwierdził w surowicy 14,4 mg% leku. Obecnie *Bruder* poprzestaje na 4-dniowym uderzeniu po 2 g dziennie. Na powyższą zmianę wpłynęło lepsze wydzielanie się Neo-Ulironu.

Grütz i *Kroemer* (Klinika Dermatologiczna w Bonn) w poglądowym zestawieniu stanu współczesnej chemoterapii rzeżączki (Jahresk. f. ärztl. Fortb. 1939 nr 4) stwierdzają, że Neo-Uliron jest „jak dotychczas bez porównania najbardziej skutecznym przetworem“. Tego rodzaju pogląd znajduje zdaniem *Grütza* swe szczególne oparcie w badaniach *Kühnaua*, który dowiódł, że Neo-Uliron wyróżnia się bardzo szybkim wchłanianiem, wysokim poziomem we krwi oraz sprawnym wydalaniem.

Dr K. KRIEGEL, Norymberga.

O LECZENIU WITAMINĄ B_1 RÓŻNYCH ZAPALEŃ NERWÓW

(Referat podług Med. Welt 1939 nr 4).

Przeciętne minimalne zapotrzebowanie dobowe witaminy B_1 wynosi dla dorosłego około 1 mg. Zapotrzebowanie witaminy B_1 zwiększa się w diecie przeważnie węglowodanowej, przy wyczerpującej pracy fizycznej, w chorobach gorączkowych oraz przy wzmożonej czynności gruczołu tarczowego, krótko mówiąc, we wszystkich okolicznościach prowadzących do zwiększenia procesów utleniania ustroju. Podczas ciąży oraz w okresie laktacji zapotrzebowanie witaminy B_1 jest 3 — 5 razy wyższe niż w zwykłych warunkach. W razie dłużej utrzymujących się chorób gorączkowych jak grypa, błonica, zimnica i in., a zatem podczas zwiększonego zapotrzebowania witaminy B_1 dochodzi do wyraźnych objawów niedoboru wita-

miny — powstają zapalenia wielonerwowe. Wszystkie objawy chorobowe znikają pod wpływem podawania witaminy B_1, co jest najlepszym dowodem stwierdzającym przyczynowe znaczenie niedoboru witaminy B_1. *Kriegel* leczył Betaxiną około 70 chorych z najróżnorodniejszymi zapaleniami nerwów. Na szczególne podkreślenie zasługują wyniki osiągnięte w rwie kulszowej; w cierpieniu powyższym stosowano początkowo po jednym wstrzyknięciu Betaxiny co 6 dni, następnie zaś wykonywano wstrzykiwania domięśniowe co 2. lub 3. dzień, w łącznej ilości najczęściej 12 ampułek. U 8 chorych z ostrą rwą kulszową osiągnięto całkowite ustąpienie bólów. Również uderzającą poprawę uzyskano u 2 chorych z rwą kulszową utrzymującą się od około 1 roku. Wstrzykiwania dożylne nie odznaczały się szybszym działaniem. Także u 10 chorych z zapaleniem nerwów istotna poprawa zaznaczyła się pod wpływem 8 — 10 wstrzykiwań Betaxiny. Podobnie pomyślny wpływ zaobserwowano u 7 chorych z ostrym zapaleniem wielonerwowym. U 15 chorych z zapaleniem splotu ramieniowego lub przedramieniowego dolegliwości złagodniały znacznie już po 4 do 6 wstrzykiwaniach. Łącznie stosowano przeciętnie 9 wstrzykiwań a mianowicie w ciągu 6 dni po jednym wstrzyknięciu dziennie, ostatnie zaś 3 wstrzykiwania w odstępach dwudniowych lub trzydniowych. U 2 chorych z ostrym zapaleniem bóle były tak silne, że nie pozwalały pacjentom zasnąć w ciągu szeregu nocy; już pierwsze wstrzyknięcie doprowadziło tutaj do zupełnego ustąpienia bólów nocnych. U 5 pacjentów z neuritis dorsalis, sacralis wzgl. lumbalis przeprowadzono 2 kuracje, składające się z 8 — 12 wstrzykiwań w ciągu 4 — 6 tygodni. Po 2. kuracji osiągnięto istotną i trwałą poprawę. Dobre były również wyniki w nerwobólu nerwu potylicznego, trójdzielnego oraz nerwów międzyżebrowych (u 6 pacjentów). W ciągu 6 dni stosowano po 1 wstrzyknięciu, dalsze zaś wstrzykiwania wykonywano co 2. dzień w ilości łącznej 9 wstrzykiwań. U 2 chorych z polyneuritis rheumatica ostre bóle w kończynach ustąpiły po 3. wstrzyknięciu Betaxiny, zaś po 6 wstrzykiwaniach zniknęły wszelkie dolegliwości.

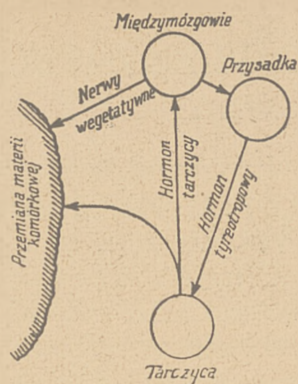
Prof. dr W. FALTA i dr E. FENZ, Szpital Cesarzowej Elżbiety w Wiedniu.

UWAGI W SPRAWIE STOSUNKU GRUCZOŁU TARCZOWEGO DO MIĘDZYMÓZGOWIA

(Referat podług Klin. Woch. 1938 nr 5).

Pogląd *Falty*, głoszącego, że poprawa objawów choroby Basedowa, leczonej Prominalem, zależy od zahamowania wytwarzania tyroksyny, znajduje swe poparcie w udowodnionym wpływie Prominalu na obniżenie poziomu jodu we krwi; u osobników zdrowych natomiast Prominal nie wywołuje obniżenia zawartości jodu we krwi.

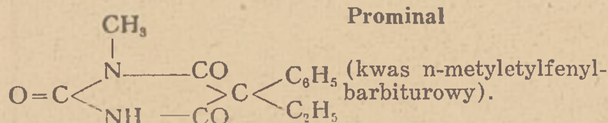
Można również wykazać, że uwydatniające się po upływie 2 — 3 godzin działanie tyroksyny (zwiększenie poziomu cukru we krwi i obniżenie zawartości cholesterolu) nie dochodzi do skutku, jeżeli równocześnie z tyroksyną podamy przetwór kwasu barbiturowego (Prominal lub Veronal). Jeśli u chorego z nadczynnością tarczycy odstawimy nagle Prominal, wówczas dolegliwości niejednokrotnie powracają; pomimo tego jednak istnieje szereg chorych, u których Prominal doprowadził do trwałego ustąpienia objawów chorobowych to. zn. do stanu wybitnej poprawy utrzymującej się już w ciągu 1/2 — 1 1/2 roku. Oto kilka przykładów:



1. Kobieta 51-letnia, od 10 lat dolegliwości sercowe, częste poty, niepokój psychiczny, bardzo znaczne wychudnienie; w ciągu ostatnich tygodni zwiększenie pobudliwości psychicznej wraz z dalszym powiększeniem się gruczołu tarczowego. Przem. podst. + 54,3%, + 59%, + 72,9%. Następnie w ciągu 5 dni 3 × dziennie po 0,2 g Prominalu. Obecnie przem. podst. + 18,8%, + 12% i po dalszych 5 dniach stosowania Prominalu przem. podst. 12,1%, + 9,8%. Dolegliwości sercowe zmniejszyły się, zaburzenia psychiczne mniejsze. Po 1 1/2 roku, pomimo zupełnego odstawienia Prominalu, poprawa utrzymuje się nadal: nie ma ani potów, ani dolegliwości sercowych, ani niepokoju psychicznego. Przem. podst. + 33,1%.

2. 35-letni nauczyciel, nadmiernie pobudliwy, przyspieszona czynność serca, znaczne poty. Powiększenie tarczycy. Przem. podst. + 78%, + 64%. Po 4-krotnym leczeniu Prominalem (w ciągu 5 dni 3 × dziennie po 0,2 Prominalu) dolegliwości ustąpiły, przem. podst. 13,9%. Pod wpływem dalszego leczenia Prominalem w ciągu 4 tygodni (0,2 g dziennie) przybytek 10 kg wagi. Przem. podst. + 11%. W ciągu dalszych 5 tygodni nie podawano przetworów barbiturowych: Przem. podst. + 14,3%. W mniej więcej 1 rok później przem. podst. prawie prawidłowa, nie ma żadnych dolegliwości, całkowicie zdolny do pracy.

3. Kobieta 42-letnia. Od 7 lat powoli rozwijające się powiększenie gruczołu tarczowego, kołatanie serca, drżenie rąk, poty, znaczna pobudliwość nerwowa, spadek wagi ciała o 10 kg. Tętno 160, ciśnienie krwi (RR):160/80. Przem. podst. + 59,5%. Zawartość jodu we krwi 32 γ. W ciągu 3 dni 3 × dziennie po 0,5 g Veronalu. Poziom jodu we krwi 12 γ, przem. podst. + 29,4%. Wkrótce później przem. podst. + 54,8%, poziom jodu we krwi 20,8 γ. Poprawa nastąpiła dopiero pod wpływem podawania Prominalu: po kilku kuracjach ustąpiły dolegliwości sercowe, obwód szyi zmniejszył się o 1 cm. Po upływie 1/2 roku od chwili odstawienia Prominalu przem. podst. wynosiła + 20,3%.



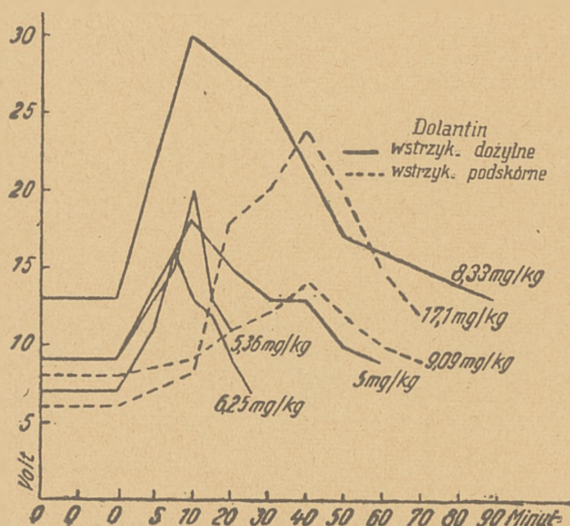
Wynik działania Prominalu utrzymywał się zatem w ciągu bardzo długiego czasu po odstawieniu leku. Poprawa, zaznaczająca się u chorych na chorobę Basedowa, była w powyższych przypadkach uwarunkowana głównie narkozą międzymózgowia wywołaną Prominalem. W następstwie ulegała obniżeniu pobudliwość ośrodka regulującego czynność tarczycy, co pociągało za sobą zmniejszenie wytwarzanie tyroksyny.

Dr H.-J. KIESSIG i dr G. ORZECHOWSKI, Zakł. Farm. w Kilonii.

O PRZECIWBÓLOWYM DZIAŁANIU DOLANTINY

(Referat podług Schmerz, Nark. u. Anästh. 1940 t. 13).

W celu doświadczalnego wypróbowania znieczulającego wpływu Dolantiny zajęto się ustaleniem, w jakim stopniu Dolantina jest w stanie uśmierzyć bóle powstające przy drażnieniu prądem elektrycznym miazgi zębowej psów. Okazało się przy tym, że Dolantina w znacznym stopniu znosi bóle tego rodzaju. Dolantina działała tu na podobieństwo morfiny; przy uwzględnieniu stosunków wagowych działanie powyższe okazuje się około 9 — 10 razy słabsze niż działanie morfiny. Skoro bada się Dolantinę przy pomocy innego sposobu — wyłączania uczucia bólu powstającego podczas zakładania zacisku na podstawę ogona myszy — wówczas dawka 30 mg na kg wagi ciała okazuje się wystarczającą na przeciąg $^3/_4$ godziny dla zniesienia obrony przeciwko bólowi wywołanemu doświadczalnie; w ciągu następnej pół godziny obrona jest również znacznie słabsza. Pod wpływem działania Dolantiny można było zaobserwować pewne objawy ośrodkowe, jak na przykład objaw ogonowy *Strauba* u myszy, głośny pisk i nieznaczne kurcze u psa, jednakowoż nigdy nie pojawiało się wyraźne działanie narkotyczne. Pod wpływem dożylnego zastosowania Dolantiny stwierdzano silniejsze działanie przeciwbólowe niż przy wstrzykiwaniu podskórnym. Okres działania utrzymywał się mniej więcej jednakowo długo.



Czas trwania wpływu Dolantiny w doświadczeniu na zwierzętach.

Dr S. HOFFHEINZ, Królewiec.

LECZENIE RÓŻY PRZY POMOCY PRONTOSILU

(Referat podług Dtsch. med. Wschr. 1940 nr 23).

Podług *Hoffheinza* o skuteczności leczenia róży przy pomocy Prontosilu decydują: czas trwania choroby, gorączka, ewentualny dalszy postęp sprawy pomimo leczenia oraz nawroty. *Hoffheinz* miał możność porównywania wyników u chorych, którzy nie otrzymywali Prontosilu (1926 — 1935) z efektami osiągniętymi u 278 leczonych Prontosilem (od końca 1935 do chwili obecnej). Ze spostrzeżeń nagromadzonych przez autora wynika, że Prontosil stanowi istotne wzbogacenie naszych sposobów leczniczych, aczkolwiek nie wywiera on szczególniejszego wpływu na nawroty chorobowe. Ilustruje to poniższa tabela:

	Śmiertelność	Ustąpienie gorączki po 24 godz.	Ustąpienie gorączki po 48 godz.	Wyzdrowienie do końca 1. tygodnia	Wyzdrowienie do końca 2. tygodnia
I. Z Prontosilem (278)	3,6%	40%	75%	25%	78%
II. Bez Prontosilu (150)	12%	25%	> 40%	< 4%	> 43%

	Dalszy postęp róży	Nawroty
I.	> 3%	4%
II.	20%	3%

Również i zaczerwienienie skóry ustępowało szybciej pod wpływem Prontosilu. Spośród działań ubocznych stwierdzono 2-krotnie przemijające zmiany w nerkach i jeden raz przejściowe zaburzenie czynności wątroby z żółtaczką.

Prof. dr KOVACS, ödön.

ZAPOBIEGANIE KRZTUŚCOWI ORAZ JEGO LECZENIE PRZY POMOCY SWOISTEJ SZCZEPIONKI

(Ref. Az Orvosi Gakorlat' Kérdései w Orvosi Hetilap 1940 nr 20).

Dzięki leczeniu krztuśca przy pomocy szczepionki (Phytossan) można osiągać bardzo pomyślne wyniki zarówno zapobiegawcze jak i lecznicze, szczególnie jeżeli szczepionka została zastosowana w okresie nieżytowym. Obserwowano jednak wyleczenie nawet po rozpoczęciu leczenia

w początkach okresu kurczowego. Na wiosnę roku 1939 *Kovács* miał możność wypróbowania leczniczego i zapobiegawczego działania szczepionki w związku z epidemią krztuśca, która wybuchła na oddziale niemowlęcym miejskiego przytułku dla dzieci.

Choroba została zawleczona przez 2 oseski przyjęte jednocześnie na oddział. Gdy stwierdzono krztusiec u nowoprzyjętych osesków, już 16 na 34 znajdujących się na oddziale niemowląt (łącznie z nowoprzybyłymi) zdradzało objawy chorobowe. Dlatego też wszystkie oseski zostały poddane szczepieniu Phytossanem. Zgodnie z przepisem, wstrzyknięto w pierwszym dniu 4, w trzecim 6, w piątym i siódmym dniu po 8 miliardów drobnoustrojów do mięśni uda. Po szczepieniach tylko kilka razy spostrzegano niewielkie odczyny gorączkowe dochodzące do 38°C, bądź też nieznaczne obrzmienie i zaczerwienienie skóry w miejscu wkłucia. Zaszczepione oseski pozostały na oddziale co najmniej w ciągu 3 tygodni, najczęściej jednak w ciągu szeregu miesięcy i pozostawały pod stałą kontrolą.

Spostrzeżenia wykazały, że w ciągu jednego tygodnia po ostatnim szczepieniu — zanim szczepionka mogła ujawnić swe działanie — u 14 dzieci pojawił się kaszel, wzgl. też kaszel stwierdzony już podczas szczepienia nie ustępował i okazywał się z czasem krztuścem dającym swoiste objawy hematologiczne. Większa część szczepionych osesków — 18 dzieci — została jednak uchroniona od choroby, pomimo że nie kaszlące dzieci nie były oddzielane od już zakażonych, wskutek czego w poszczególnych separatkach leżały dzieci krztuścowe obok dzieci zdrowych. Ponieważ krztusiec jest chorobą udzielającą się bardzo łatwo , przeto wynik powyższy dowodzi ponad wszelką wątpliwość, że czynne uodpornienie przy pomocy szczepionki może całkowicie zapobiec zakażeniu krztuścem.

Spośród 16 chorych dzieci sześcioro przebyło chorobę zupełnie gładko. Cierpienie trwało 3 — 6 tygodni, posiadało łagodny przebieg i nie powodowało większej liczby napadów kaszlowych. U 5 dzieci obserwowano ciężki przebieg krztuśca jednakże bez powikłań, sinicy, wymiotów i t. p. U dalszych 5-ga dzieci pojawiły się powikłania: 3 razy zapalenie płuc w związku z zakażeniem grypowym dołączającym się do krztuśca. Jedno z dzieci zmarło. Dalszymi powikłaniami były: zapalenie mózgu, które zakończyło się wyzdrowieniem oraz posocznica zakończona śmiertelnie. Tak więc na 16 osesków chorych na krztusiec zmarło zaledwie 2 dzieci w wieku 2 — 5 miesięcy. Wynik powyższy należy cenić tym więcej, że epidemia krztuśca dotyczyła dzieci z zakażeniami nieżytowymi oraz częściowo z dystrofią. Przytoczone spostrzeżenia kliniczne epidemii wybuchłej w zakładzie stanowi niezawodne potwierdzenie wielkiej skuteczności Phytossanu w zapobieganiu i leczeniu krztuśca.

Dr G. ZACHARIAE, Wald-Sieversdorf.

TORANTIL*) W LECZENIU WRZODU ŻOŁĄDKA I DWUNASTNICY

(Referat podług Fortschr. Med. 1940 nr 19/20).

Przy pomocy Torantilu osiągał *Zachariae* bardzo dobre wyniki w modzelowatych wrzodach żołądka (ulcus callosum). Chodziło tu o chorych, których cierpienie wrzodowe doprowadziło już do zaniku błony śluzowej żołądka oraz upośledzenia jego czynności wydzielniczej. Pod wpływem leczenia Torantilem ustalała się ponownie równowaga czynnościowa w przewodzie pokarmowym. Torantil wykazywał przy tym wyraźne działanie przeciwzapalne i przeciwfermentacyjne. Łącznie leczył *Zachariae* przy pomocy Torantilu 9 chorych z modzelowatym wrzodem żołądka, osiągając wszędzie ten sam wynik w postaci ustąpienia wszelkich objawów podmiotowych jak również znacznego zmniejszenia się lub zupełnego zniknięcia rentgenowskich objawów wrzodu. Torantil wpływał również pomyślnie na skłonność do tworzenia bliznowatych zaciągnięć oraz na częstość występowania nawrotów tak charakterystycznych dla wrzodu modzelowatego. Zdaniem *Zachariae* Torantil posiada również pewne znaczenie zapobiegawcze, gdyż umożliwiając osiedlenie się prawidłowej flory bakteryjnej oraz działając przeciwzapalnie zapobiega przedostawaniu się zarazków chorobotwórczych do przewodów wątrobowych i trzustkowych. Rzecz prosta, że Torantil może działać jedynie w razie zastosowania odpowiedniej diety. Dla osiągnięcia pomyślnego wyniku wystarcza na ogół podawanie 1 drażetki Torantilu przed 3 posiłkami dziennie. Domięśniowe wstrzykiwania Torantilu mogłyby wchodzić w rachubę przy większych owrzodzeniach. Należy wykonać 8 — 10 wstrzykiwań (codziennie lub co 2. dzień) rozpoczynając od $^1/_4$ ampułki i zwiększając stopniowo dawkę do 1 ampułki.

Dr C. W. BOTTEMA, Szpital Marynarki, den Helder.

WYNIKI LECZENIA KIŁY WCZESNEJ PRZY POMOCY ENERGICZNEGO SKOJARZONEGO LECZENIA SALVARSANEM

(Ref. podług Ned. Tijd. Gen. 1938 nr 24, 51).

W marynarce holenderskiej chorzy z kiłą wczesną są paddawani bardzo energicznemu leczeniu. W razie stwierdzenia ujemnych jeszcze odczynów serologicznych pacjenci otrzymują co najmniej 6 — 8 g Neosal-

*) 1 jednostka Torantilu odpowiada ilości leku zobojętniającej 1 mg histaminy w ciągu 24 godzin przy ciepłocie 37°.

varsanu (jedno wstrzyknięcie co 5 — 7 dni) i w międzyczasie 12 wstrzykiwań bizmutu. Chorzy z dodatnimi odczynami serologicznymi oraz z lues II otrzymywali co najmniej 10 — 12 g Neosalvarsanu + 20 wstrzykiwań bizmutu. W przypadkach ewentualnych nawrotów prowadzono leczenie dalej aż do chwili osiągnięcia w szeregu kuracji łącznej dawki 30 — 40 g Neosalvarsanu (oraz bizmut). Wyniki tego rodzaju energicznego leczenia 503 chorych z kiłą wczesną, po upływie 5 — 20 lat kontroli, pozwalają stwierdzić, że surowiczo dodatni lues I nie powinien być leczony mniej energicznie niż lues II. U wzmiankowanych 503 chorych, poddanych energicznemu leczeniu, *Bottema* stwierdził objawy kliniczne jeszcze w 0,39%. U 158 nie leczonych (kiła nierozpoznana) objawy były w 61,4%, u 551 leczonych rtęcią stwierdzono objawy w 27% i wreszcie u 357 leczonych słabo Salvarsanem — w 12%. Wszyscy chorzy są pod obserwacją od 5 — 20 lat, niekiedy nawet w ciągu 25 lat. Wyniki uwidocznione są w poniższych tablicach:

Leczenie	Liczba	Objawy kliniczne	Stan upośledzenia zdrowia	Dodatnie odczyny surowicze	Umieralność z powodu kiły	Bez objawów klinicznych
Nie leczeni, nierozpoznani w ciągu 5—20 lat	158	61,4%	36,7%	95,6%	2,5%	1,2%
Leczeni Hg. Spostrzegania 5—20 lat. . . .	551	27%	15,3%	41,2%	1,3%	47%
Słabe leczenie salvarsanowe.	357	12%	3,6%	13%	0,21%	79,5%
Energiczne leczenie Salvarsanem	503	0,39%	0	2%	0	97,6%

Leczenie	Liczba	Kiła sercowo-naczyniowa	Kiła mózgowo-rdzeniowa	Paralues	Wątroba	Kiła trzewna, mózgowo-rdzeniowa i paralues
Nie leczeni	158	6,3%	8,2%	8,2%	1,9%	24,6%
Leczeni Hg	551	7,8%	5,8%	4,7%	4,3%	22,6%
Salvarsanem słabo. . .	357	2,5%	4,7%	1,4%	1,4%	10%
Salvarsanem energicznie	503	0,2%	0,2%	0	0,4%	0,8%

Przytoczone liczby przemawiają zatem wyraźnie przeciwko wyłącznemu leczeniu rtęcią jak również przeciwko leczeniu salvarsanowemu przy użyciu zbyt małych dawek leku; bardzo przekonywujące są jednak wyniki stosowania dużych dawek Salvarsanu. *Bottema* potwierdza więc wysoką wartość „maksymalnego schematu kuracji z Bonn", którego gorącym zwolennikiem jest *E. Hoffmann.*

Wyniki leczenia Neosalvarsanem + Bi, wyłącznego stosowania Hg lub też braku wszelkiego leczenia przedstawia następująca tablica:

	Energiczne leczenie Neo-Salvarsanem i Bi Po 5—17 latach u 503 leczonych	Leczenie Hg. Po 5—20 latach u 466 leczonych	Bez leczenia. Zakażenie przed 5—20 laty u 144 chorych
Śmiertelność	0	1%	2,8%
Zachorowalność	0,2%	26,4%	49,2%
Objawy trzewne	0,2%	21,4%	23,3%
Dodatnie odczyny surowicze	2,4%	22,3%	38%
Jeszcze kiła	2,6%	48,7%	100%

Prof. dr E. K. FREY, Klin. Chir. w Düsseldorfie.

KRÓTKOTRWAŁA NARKOZA W PRAKTYCE

(Referat podług Ther. Ggwt. 1938 nr 8).

Zdaniem *Freya* Evipan-Natrium nadaje się doskonale jako środek narkotyczny dla użytku praktycznego, ponieważ lek ten, w przeciwstawieniu do Avertiny, może być dawkowany w dość dokładnych granicach. Najbardziej celowym jest bardzo powolne wstrzykiwanie, umożliwiające dokładne obserwowanie reakcji chorego; można więc stwierdzić jak prędko chory zapada w sen i kiedy pojawia się zwiotczenie mięśni, wskazujące, że należy zaprzestać dalszego wstrzykiwania. Chory, nie zdając sobie zupełnie sprawy z tego, zapada w spokojny, głęboki sen, aby po upływie 10 — 20 minut przebudzić się spokojnie i bez przykrych nudności; u ludzi starszych i słabowitych uśpienie trwa zwykle nieco dłużej. Pacjenci chętnie zgadzają się na dwukrotne lub trzykrotne usypianie przy pomocy Evipan-Natrium, ponieważ ten sposób narkozy nie pozostawia po sobie żadnych przykrych wspomnień związanych z pierwszym uśpieniem. Narkoza wywołana Evipan-Na występuje szybciej, trwa dłużej i wymaga użycia mniejszej ilości narkotyku, jeżeli na godzinę przedtem zastosujemy u dorosłego chorego niewielką ilość alkaloidów makowca, jak na przykład morfiny. Dlatego też powyższe przygotowanie do właściwej narkozy jest bardzo godne polecenia. U młodych, silnych osób z reguły używa się całej dawki 10 cm³ Evipanu, którą można zużyć bez żadnych zastrzeżeń. U ludzi starszych wystarczają częstokroć w zupełności 3 — 4 cm³ Evipan-Na dla wywołania głębokiej narkozy i dłuższego snu ponarkotycznego. Wkrótce można nabrać własnego doświadczenia w ocenie indywidualnej dawki wymaganej przez każdego chorego. Ważnym jest, aby w czasie zasypia-

nia uchwycić moment całkowitego rozluźnienia napięcia mięśni. Skoro opada szczęka dolna i daje się swobodnie poruszać, wówczas świadczy to, że wkrótce zostanie osiągnięta dostatecznie głęboka narkoza dla wykonania mniejszego zabiegu. W razie potrzeby można w dalszym ciągu wstrzykiwać powoli Evipan, jednakowoż nie powinno się u młodych osobników przekraczać dawki 15 — 20 cm^3, starsi zaś nigdy nie wymagają tak wielkiej ilości. W ten sposób unika się nieprzyjemnych stanów pobudzenia przed przebudzeniem z narkozy. Evipan-Na ulega rozkładowi w wątrobie, dlatego też należy zachować pewną ostrożność w razie silniejszej żółtaczki lub marskości wątroby. Uśpieniem Evipan-Na nie należy posługiwać się w operacjach guzów szyi oraz spraw zapalnych gardła, jak ropnie migdałków podniebiennych, ropne zapalenia w otoczeniu krtani, nowotwory gruczołów szyjnych i t. p. Również narkozy dożylnej należy unikać u chorych znajdujących się w stanie znacznego wstrząsu. W zwykłych warunkach Evipan-Na obniża ciśnienie krwi o 15 — 30 mm Hg, co nie posiada żadnego znaczenia praktycznego. Podczas narkozy należy mieć zawsze pod ręką środki zapobiegające zaburzeniom oddychania oraz krążenia, jak lobelina oraz środki nasercowe. Tak zwane środki cucące są w stanie przerwać uśpienie.

Dr F. OEFELEIN, Szpital Rudolfa Hessa.

NOVALGIN-CHININ, NOWY SKOJARZONY PRZETWÓR DO LECZENIA OSTRYCH CHORÓB ZAKAŹNYCH

(Referat podł. Dtsch. med. Wschr. 1935, nr 15).

Już w r. 1931 *Hegler* stwierdził, że kojarzenie chininy z Pyramidonem w chorobach zakaźnych jak grypa, zapalenie płuc i t. p. daje lepsze wyniki, niż wyłączne podawanie chininy. Powyższa propozycja leczenia przyniosła w praktyce niezliczony szereg pomyślnych wyników. Jest rzeczą powszechnie wiadomą, że Pyramidon rozszerza naczynia włosowate skóry, co stanowi jedną z najważniejszych własności farmakologicznych tego leku. Novalgina stanowi uznane antipyreticum szeregu pyrazolonowego i jest stosowana również jako antineuralgicum i analgeticum, szczególnie w praktyce pediatrycznej, ponieważ nie wywiera ujemnego wpływu na serce. Dla skojarzonego przetworu Novalgin-Chinin istniały więc teoretyczne przesłanki, dające rękojmię stworzenia preparatu obdarzonego pożądanym działaniem synergicznym. *Oefelein* w ciągu szeregu miesięcy przeprowadzał próby nad działaniem nowego przetworu we wszelkich możliwych ostrych chorobach zakaźnych, grypie, odoskrzelowym zapaleniu płuc, zapaleniu płatowym płuc, gośćcowym zapaleniu wielostawo-

wym, nieżytach oskrzeli przebiegających z gorączką i t. p. Wszyscy pacjenci byli leczeni również przy pomocy metod fizyczno-dietetycznych, pewna część chorych podlegała dla porównania wyłącznie leczeniu fizyczno-dietetycznemu, inne wreszcie grupy otrzymywały ponadto chininę lub Novalgin-Chininę. Leczenie Novalgin-Chininą przynosiło tu najlepsze wyniki. Wielu chorych, którzy otrzymywali lekarstwo z przerwami, sami spostrzegali wyraźną poprawę swego stanu podmiotowego w dniach podawania Novalgin-Chininy. Również z powodzeniem stosowano Novalgin-Chininę u chorych z rozpoczynającą się wysypką płoniczą. Pod względem teoretycznym Novalgin-Chinina odpowiada wszelkim warunkom jakie powinien spełniać skuteczny lek zapobiegawczy przeciwko tak zwanym chorobom z przeziębienia.

Nowy skojarzony przetwór wyróżnia się znakomitą tolerancją nawet przy długotrwałym podawaniu leku 6 — 7 razy dziennie.

Dr W. BRENNER, Uniw. Klinika Pediatryczna w Monachium.

O ZAPOBIEGANIU PŁONICY W ZAKŁADACH LECZNICZYCH

(Referat podług Z. Kinderheilk. 1938, t. 60).

Obok świeżo rozwiniętej typowej płonicy źródłem zakażenia mogą być częstokroć procesy ropne u chorych, którzy cierpią na powikłania płonicy, u których jednakże choroba przebiega nietypowo i nie zawsze pozwala na ustalenie właściwego rozpoznania płonicy. Ropne zapalenia ucha środkowego, ropniaki paciorkowcowe, krwotoczne zapalenia nerek, zapalenia gruczołów chłonnych często po upływie szeregu dni zostają rozpoznane jako następstwa przebytej płonicy. Nawet u osób poddanych zapobiegawczemu stosowaniu surowicy może rozwinąć się płonica po zabiegach operacyjnych, u osób zaś nieodpornych już lekkie wstrząsy ogólnoustrojowe, jak przebycie stanów zakaźnych innego rodzaju, mogą stać się przyczyną usposabiającą do zachorowania.

W razie niebezpieczeństwa płonicy myślimy przede wszystkim o zapobiegawczym stosowaniu ochronnej surowicy płoniczej. Zgodnie z doświadczeniami *Brennera* dla uzyskania dostatecznej odporności nie wystarcza zwykle używana dawka 10 cm³ surowicy końskiej. U rannych należało prawie zawsze stosować ilości dwukrotnie większe. Wadami tego rodzaju postępowania jest krótki czas trwania odporności oraz możliwość wystąpienia objawów choroby posurowiczej. Dlatego też w zwalczaniu epidemii płonicy na oddziale wewnętrznym Kliniki Pediatrycznej w Monachium *Brenner* przeszedł do uodporniania czynnego.

W czasie od 1.1.1937 do 1.7.1938 przyjęto 1871 dzieci. W miarę moż-

ności w dniu przyjęcia do kliniki szczepiono wszystkie dzieci, które ukończyły 18 miesięcy i nie przechodziły jeszcze płonicy. Nie szczepiono naturalnie ciężko chorych, umierających dzieci, jak również dzieci obarczonych chorobami krwi najróżnorodniejszego pochodzenia. Po szczepieniu ochronnym bowiem pojawia się regularnie wyraźna leukocytoza, która w znacznym stopniu utrudnia dokładną kontrolę krwi tego rodzaju chorych. Ponad $^1/_3$ wszystkich dzieci przyjętych do kliniki była w wieku poniżej 18 miesięcy i odpadła wobec tego od akcji szczepienia. W szeregu przypadków nie przestrzegano zbyt dokładnie obowiązku szczepienia, tak że pewna część dzieci skłonnych do zachorowania na płonicę nie została objęta szczepieniem. W ostatniej grupie przeważały dzieci, co do których było z góry wiadome, że pobyt ich w klinice nie potrwa dłużej niż kilka dni.

W ten sposób ogólna liczba szczepionych dzieci ograniczyła się do 584. W dniu przyjęcia do kliniki dzieci otrzymywały dopośladkowo 1 cm^3 szczepionki płoniczej *Behringa* — to zn. szczepionki z paciorkowców płoniczych podług *Gabryczewskiego*. Po 4 — 6 dniach wykonywano następne wstrzyknięcie. Uboczne i następcze objawy szczepienia są minimalne. W odosobnionych przypadkach spostrzegano t. zw. „płonicę poszczepienną", zapalenia migdałków podniebiennych, gorączkę, zapalenie gruczołów chłonnych oraz przyspieszenie tętna. Tego rodzaju objawy uboczne pojawiały się w 4,8%; 90% tej liczby obserwowano po 2. wstrzyknięciu. *Brenner* nie spostrzegał jednak nigdy istotnego upośledzenia stanu ogólnego dzieci skutkiem szczepienia.

Zgodnie z doświadczeniami poczynionymi podczas innych szczepień ochronnych, tworzenie się niweczników rozpoczyna się najwcześniej pod koniec 2. tygodnia od chwili szczepienia; wyniki uzyskane przez *Brennera* przeczą jednak powyższym spostrzeżeniom. Od rozpoczęcia bowiem akcji szczepień przeciwko płonicy zanotowano na oddziale tylko jeden jedyny przypadek zachorowania na płonicę i to u dziecka nie szczepionego. Przy tym zdarzała się często sposobność do zakażenia w postaci dwóch przypadków świeżej płonicy, a także ropnych zapaleń ucha środkowego, ropniaków paciorkowcowych i zapaleń gruczołów chłonnych, które następnie okazały się powikłaniami płonicy. Dzieci tej kategorii leżały na oddziale przez dłuższy czas; nigdy jednak nie doszło do zakażenia któregokolwiek spośród 8 — 10 pacjentów znajdujących się na sali, pomimo, że na niebezpieczeństwo zakażenia narażone były małe dzieci, które dopiero przed 3 — 4 dniami otrzymały pierwsze wstrzyknięcie szczepionki! Natomiast dzieci szczepione dopiero przed dwoma dniami były w podobnych okolicznościach dodatkowo uodporniane przy pomocy surowicy ozdrowieńców. Spośród 1871 dzieci okresu sprawozdawczego 3 musiano wypisać z oddziału z powodu płonicy; dotyczyło to dwojga dzieci przyjętych z rozpoznaniem płonicy oraz dziecka już wymienionego, które nie zostało poddane

szczepieniu. Dla porównania przytoczymy jako przykład okres od 1.1.35 do 1.7.36. Na 1625 dzieci przyjętych podówczas do szpitala trzeba było aż 15 dzieci usunąć z oddziału z powodu płonicy. Obok tego z chwilą wybuchu epidemii cały szereg dzieci uodporniono przy pomocy surowicy i przekazano pod opiekę lekarzy domowych. Liczbę 15 przytoczonych zachorowań na płonicę należy zmniejszyć o 2 przypadki, które przybyły na oddział już z rozpoznaniem zapalenia migdałków podniebiennych wzgl. płonicy. Przytoczone zestawienie jest bardzo przekonywujące, ponieważ na podstawie statystyki można stwierdzić, że w latach 1934 do 1937 roczna liczba przypadków płonicy zgłoszonych w Monachium nie uległa zmianie. Również utrzymywał się ten sam charakter choroby uzależniony od t. zw. genius epidemicus.

Wraz z wygasaniem płonicy stwierdzono wyraźne zmniejszenie się liczby t. zw. angin szpitalnych. Spośród 1044 pacjentów 1935 roku 39 dzieci zapadło na anginę podczas pobytu w klinice. Natomiast na 1205 pacjentów roku 1937 tylko 7 dzieci przechodziło zapalenie migdałków podniebiennych podczas pobytu na oddziale. Z dużym prawdopodobieństwem można przyjąć, że i te zwykłe anginy były przypadkami scarlatinae sine exanthemate.

Większość dzieci otrzymywała pierwsze wstrzyknięcie szczepionki zaledwie na kilka dni przed zetknięciem się z niebezpieczeństwem zakażenia; zgodnie z dotychczasowymi poglądami dzieci te nie mogły jeszcze posiadać odporności. Należy jednak przyjąć, że w krótki czas po zastosowaniu szczepionki rozwija się t. zw. odporność depresyjna *(Morgenroth)*, która po kilku dniach ustępuje miejsca odporności właściwej. *Brenner* u dzieci z dodatnim odczynem Dicków powtarzał badanie w 2 — 4 dni po pierwszym szczepieniu i stwierdzał w większości przypadków odczyn ujemny.

W przeciwstawieniu do innych autorów *Brenner* odnosi wrażenie, że dzieci chore na błonicę są szczególnie wrażliwe na dołączające się zakażenie płonicze. Jednorazowe szczepienie szczepionką *Gabryczewskiego* nie stwarza dostatecznej ochrony przeciw płonicy u dzieci chorych na błonicę.

Dr K. MÜLLER, Weisenheim a. Sand (Rheinpfalz).

CHOROBY UKŁADU WEGETATYWNEGO

(Ref. podł. Therapie d. Gegenw. 1938, nr 3).

Müller przeprowadził uwieńczone powodzeniem próby nad leczeniem Betaxiną (B_1) 25 chorych z zapaleniami nerwów; początkowa dawka wynosiła 30 mg Betaxiny, następnie zaś aż do chwili poprawy lub wyzdrowienia podawano mniejsze ilości (2 mg). Odstęp pomiędzy wstrzykiwaniami wynosił 1—2 dni. Pod wpływem dawki 10 mg spostrzegano w

50% pewne znużenie oraz dalszy objaw uboczny w postaci przemijającego zaostrzenia bólów. Obydwa objawy spostrzegał *Müller* na samym sobie lecząc się na nerwoból lędźwiowy (łącznie 90 mg Betaxiny). Jeśli stosowanie Betaxiny nie prowadzi do pomyślnego wyniku, wówczas należy myśleć o ziarniniaku zębów lub zmianach ropnych w migdałkach, których usunięcie przyczynia się do wyleczenia zmian neurologicznych. Celem wyłączenia wspomnianych objawów ubocznych *Müller* przeprowadził próby z witaminą C (Cantan). Tak więc znużenie oraz bóle pojawiające się pod wpływem stosowania Betaxiny u pewnego mężczyzny z ołowiczym zapaleniem nerwów mogły być natychmiast usunięte dzięki podaniu Cantanu. Chorzy, którzy po przyjmowaniu Betaxiny uskarżali się na objawy uboczne, nie mieli żadnych dolegliwości podczas leczenia Cantanem + Betaxin, niekiedy tylko odczuwając nieokreślone „ciągnienie" w całym ciele. Na sobie samym oraz na 33 chorych przekonał się *Müller* o zaletach dożylnie stosowanego połączenia Betaxiny (10 wzgl. 2 mg) + Cantan (0,5 wzgl. 0,1 g). W mieszaninie powyższej zwiększano ilość Cantanu jeśli pozostawały jeszcze pewne objawy uboczne. *Müller* stosował również wstrzykiwania mieszaniny Cantanu z Betaxiną w zaburzeniach układu wegetatywnego u ludzi nerwowych, cierpiących na bezsenność lub niemożność skupienia się. Dawki stosowane tutaj były znacznie mniejsze. Również u pewnego 62-letniego chorego na dychawicę oskrzelową napady znacznie złagodniały pod wpływem małych dawek (1—2 mg); 10 mg natomiast spowodowało wystąpienie napadu. *Müller* spodziewa się osiągnąć trwałą poprawę tego stanu chorobowego dzięki stosowaniu dawek B_1+C.

Betaxin + Cantan pomaga również w nadczynności tarczycy, kurczach naczyniowych, migrenie, dolegliwościach klimakterycznych, nadmiernym wydzielaniu soku żołądkowego i in. Uderzająco pomyślne wyniki uzyskano nawet w wrzodzie żołądka i dwunastnicy. Wegetatywne, nerwowe zaburzenia u pewnej diabetyczki, która przebyła colitis mucosa, poprawiły się natychmiast po B_1+C. Pod wpływem tegoż leczenia ustępowały również wymioty ciężarnych. Małe dawki (1½ — 2 mg B_1 + 0,1 g C) były powtarzane dość często, mniejwięcej co 2—4 dni. Najczęściej wystarczało 12—15 wstrzykiwań dożylnych. W razie pojawienia się działań ubocznych zmniejszano dawkę B_1 na ½ mg oraz powiększano odstępy pomiędzy wstrzykiwaniami, zwiększając jednocześnie dawkę Cantanu, podawanego w razie potrzeby również drogą doustną. Również u 3 chorych z otosclerosis Betaxina znacznie zmniejszała szum w uszach, który w jednym przypadku całkowicie ustąpił, w dwóch dalszych natomiast bardzo znacznie złagodniał; równocześnie stwierdzono wyraźną poprawę słuchu. Podawano tu duże dawki (ponad 10 mg) naprzemian z małymi (2 mg) w ilości łącznej 70 — 90 mg. Także w przypadkach tej kategorii podawano Cantan w razie dołączającego się uczucia znużenia.

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

Leczenie ciężkiego zapalenia ropnego (empyema) stawu kolanowego.

Pewna 40-letnia kobieta po przebytej róży zapadła na ropne zapalenie stawu kolanowego; pomimo tego w ciągu 4 tygodni nie szukała porady lekarskiej. *Mühlbächer* dokonał nakłucia stawu z wypuszczeniem ropy i zarządził okłady z kwasu bornego. Ponadto podał 3 razy dziennie po 2 tabletki Prontosilu rubrum. Po dwóch dniach nakłucie i przepłukanie 2‰-owym roztworem Rivanolu. Prontosil podawano w dalszym ciągu przez osiem dni, po czym nastąpiło wyleczenie.

Dr W. Mühlbächer, Frankfurt n. O.

(Th. Ggwt. 1938 nr. 5)

Czy Prontosil zwalcza paciorkowce?

U 5 pacjentów z zakażeniem pochodzenia usznego lub nosowo-gardłowego Prontosil wywarł wybitnie dodatni skutek. Oto 4 przykłady:

1. Mężczyzna 27-letni. Od 3 dni ostre paciorkowcowe zapalenie migdałków podniebiennych. Gorączka 39,5°C. Dreszcze. Stan ciężki. 4 domięśniowe wstrzyknięcia Prontosilu po 5 cm³ w ciągu 4 dni. W 2. dniu ustąpienie obrzmienia dookołamigdałkowego oraz zaburzeń w połykaniu, w 4. dniu bez gorączki, stan podmiotowy dobry.

2. Kobieta 40-letnia. Ostre ropne zapalenie ucha środkowego od 24 dni, prawdopodobnie również podrażnienie wyrostka sutkowego. Prontosil domięśniowo w ciągu 2 dni 6 razy, następnie w ciągu 2 dni 4 razy, wreszcie w ciągu 2 dni dwukrotnie po 5 cm³. Wyciek ustąpił i podrażnienie wyrostka sutkowego zniknęło w 6. dniu leczenia Prontosilem. Wyzdrowienie.

3. Pacjentka lat 21. Paciorkowcowe zapalenie wszystkich zatok dodatkowych nosa po przebytej płonicy. W 2. dniu zajęcia zatok 6 razy po 5 cm³ Prontosilu domięśniowo, w 3. dniu 3 g Prontosilu per os. Czwartego dnia stan podmiotowy najzupełniej dobry.

4. Kobieta 42-letnia. Zapalenie wyrostka sutkowego, zapalenie błędnika, ograniczone zapalenie opon mózgowych. Doszczętna operacja wyrostka sutkowego. Prontosil podawany doustnie od 2. do 7. dnia per os wywarł pomyślny wpływ na przebieg choroby.

Dr S. E. Roberts, St. Louis.

(Kansas City Med. Journ. 1937)

Tasiemiec przyczyną niepowściągliwych wymiotów ciężarnej.

U pewnej kobiety z bardzo silnymi wymiotami stwierdzono prawidłową ciążę około 2-miesięczną, ponadto zaś wykryto obecność tasiemca. Ze względu na istnienie ciąży nie zdecydowano się jednak na spędzenie pasożyta. Dopiero w 3 miesiące później lekarz domowy zalecił środek przeciwko tasiemcowi, jednakowoż kuracja nie osiągnęła całkowitego skutku. W międzyczasie wymioty zwiększyły się jeszcze bardziej. W ciągu dalszego spostrzeżenia stwierdzono nadbarwliwą niedokrwistość o cechach niedokrwistości złośliwej. Pyelografia dożylna przy pomocy Per-Abrodilu wykazała ponadto rozszerzenie prawej miedniczki nerkowej. Nagle pojawiła się żółtaczka i stan ogólny uległ bardzo

znacznemu pogorszeniu. Ciężki stan nakazywał bezwzględnie jaknajszybsze przerwanie ciąży trwającej obecnie 7 miesięcy. Celem jednoczesnego uratowania życia płodu wykonano cięcie cesarskie, przebyte szczęśliwie zarówno przez matkę jak i przez dziecko. Wymioty ustąpiły natychmiast po przerwaniu ciąży. Leczenie zwrócone przeciwko tasiemcowi, przeprowadzone po upływie 11 dni od chwili wykonania cięcia cesarskiego doprowadziło do wydalenia tasiemca przewierconego (taenia saginata) 3-metrowej długości, jednakowoż bez główki. Na 16. dzień pacjentka została wypisana ze znaczną poprawą.

Dr R. Oehlke,
Powiatowa Klinika Kobieca
w Wuppertal.

(Mschr. Gebh. u. Gyn. 1938 t. 108)

O leczeniu rzeżączki.

W rzeżączce utrzymującej się conajmniej od 10 dni z powikłaniami wszelkiego rodzaju, podawano w ciągu 3 dni po 3 g Ulironu. Uliron był dobrze znoszony. Lek przyjęty na czczo wywoływał niekiedy lekką zgagę, natomiast zażyty po jedzeniu nie wywierał żadnych działań ubocznych. Nie stwierdzono też żadnych zmian w moczu. Uliron otrzymywało 12 mężczyzn. Pierwszego dnia ilość wycieku ulegała zwiększeniu, jednakowoż drugiego dnia wyciek zmniejszał się, mocz stawał się jasny, rozmazy najczęściej dawały wynik ujemny. Okazało się jednak, że tego rodzaju trzydniowe leczenie Ulironem nie jest całkowicie wystarczające. Dlatego też z reguły w każdym przypadku podawano po dalszych dziesięciu dniach ponownie w ciągu trzech kolejnych dni po 3 g Ulironu. W międzyczasie kontynuowano przepłukiwania $KMnO_4$ oraz leczenie fizykalne. Po 2. uderzeniu u żadnego z pacjentów nie stwierdzono gonokoków, nawet po wielokrotnych prowokacjach. Utrzymujący się jeszcze nieznaczny katar cewki był leczony podług zwykłych zasad.

U kobiet przeprowadzaliśmy to samo leczenie: w ciągu trzech dni po 3 g Ulironu, dalej w ciągu 10 dni płukania $KMnO_4$ oraz tampony ichtiolowe. Następnie podawaliśmy w ciągu 3 — 5 dni po 3 g Ulironu. Nawrotów było dotychczas bardzo mało (1:11).

Nie mieliśmy możności stwierdzenia różnicy pomiędzy chorymi nie leczonymi a leczonymi uprzednio przy pomocy przetworów srebrowych. Uliron bez wątpienia skraca czas trwania leczenia.

Dr Leder, Szpital Miejski w Görlitz.

Praktyczne znaczenie gospodarki wodnej w padaczce — przyczynek do teorii przepuszczalności.

U niektórych epileptyków diureza zmniejsza skłonność do napadów; na odwrót zatrzymanie wody w ustroju zwiększa ich częstość. Tak na przykład, jeżeli po obfitym dowozie płynów podamy w odstępach 3 — 4 godzin po 0,5 (— 1 — 1,5) cm^3 Tonephiny, uzyskując w ten sposób retencję 1 — 2 kg wody, wówczas z największym prawdopodobieństwem należy oczekiwać napadu w ciągu najbliższych 24 godzin. Podobne stosunki spotykamy również w migrenie; dobre wydalanie wody z ustroju zmniejsza skłonność do migreny. U pewnej pacjentki z napadami migreny *Engel* zastosował uderzenie diuretyczne przy pomocy Salyrganu, następnie zaś ograniczył płyny i zakwasił ustrój chlorkiem amonowym, dzięki czemu stan odwodnienia utrzymał się dłużej. Wśród zupełnie dobrego stanu podmiotowego pacjentka straciła 2,5 kg wagi, przy czym zwykły napad migreny nie powtórzył się.

Dr R. Engel,
Klin. Lekarska w Erlangen.

(Nervenarzt 1938 z. 3)

O leczeniu stwardnienia rozsianego.

W stwardnieniu rozsianym próbował *Minea* leczenia promieniami Röntgena, elektroterapii, stosowania Neosalvarsa-

nu, Neosilbersalvarsanu i in. W następstwie zaznaczyła się przemijająca poprawa, którą naturalnie bardzo trudno jest odróżnić od samorodnej remisji. Wśród przypadków leczonych „skutecznie“, poprawa utrzymywała się ponad 3 miesiące jedynie w 3%! Ponieważ charakterystyczne uszkodzenie w stwardnieniu rozsianym polega na zniszczeniu otoczki rdzennej włókien nerwowych, przeto *Minea* i *Dragomir* przyjmują, że przyczyną choroby jest zawierający lipazę zarazek, który atakuje osłonki rdzenne. Lecytyna ma wiązać wspomniany zarazek. Od 1925 roku środek ten został zastosowany u 120 pacjentów z rozsianym stwardnieniem, doprowadzając w 78% przypadków do remisji oraz wybitnej poprawy.

Dr Minea i *dr Dragomir*, Klausenburg.

(Bull. Acad. Med. Roumaine 1937 t. 2 cz. III.)

Leczenie zapalenia otrzewnej w mniejszych szpitalach.

W wypadkach zapalenia otrzewnej w warunkach prowincjonalnych, przygotowanie do operacji polega na wstrzykiwaniach kofeiny oraz morfiny ze skopolaminą domięśniowo (u kobiet lepiej jest podawać całkowite wyciągi z makowca). U trwożliwych osób młodocianych wstrzyknięcie Luminalu 0,1—0,2 g. W razie przebicia żołądka lub dwunastnicy stosuje się 1 g Evipanu-Na domięśniowo. W dalszym ciągu narkoza (lub znieczulenie lędźwiowe 0,25%-owym roztworem Tutocainy). Dla odkażania używa się m. in. Zephirolu. *Peters* stosował również surowicę przeciw zapaleniu otrzewnej, przestrzega jednak przed przecenianiem jej skuteczności.

Dr K. O. Peters,
Szpital Fabryczny Eisenerz.

(Chirurg 1939 nr. 24)

Dlaczego prostatyk nie może oddać moczu?

Podobnie jak gruczolaki sutka tak i gruczolaki gruczołu krokowego mogą ulegać przekształceniu rakowemu i utrudniają czynność m. wypierającego mocz; w ten sposób opróżnianie pęcherza staje się coraz bardziej utrudnione. Obok zaburzeń ze strony gruczołu krokowego dochodzi często do zapaleń najądrzy. W ostatnim cierpieniu jedynie skutecznym sposobem leczniczym jest podług *Kulenkampffa* wstrzykiwanie do powrózka 2 — 4%-owego rozczynu Novocainy z dodatkiem Suprareniny. Najczęściej wystarczają 1 — 3 wstrzykiwania kilku cm^3 powyższego roztworu.

Dr D. Kulenkampff,
Szpit. H. Brauna w Zwickau.

(Med. Klin. 1940 nr. 1)

Cięcie cesarskie sposobem Doerflera w 4-letniej praktyce.

Wykonując cięcie cesarskie podług *Doerflera* stosuje *Dörner* narkozę Evipan-Na, wstrzykując powoli dożylnie (zależnie od potrzeby) 10 — 12 cm^3 Evipan-Na oraz 3 — 5 cm^3 Evipan-Na domięśniowo; ponadto nie więcej niż

3 j. V. Orasthiny. W 90% narkoza wystarcza na całą operację. Śmiertelność z powodu cięcia cesarskiego, która przy metodzie *Wintera* wynosiła jeszcze 4,2%, dzięki zastosowaniu sposobu *Doerflera* obniżyła się do 1,7%.

Dr W. Dörner,
Marienstift Brieg-Breslau.

(Med. Welt. 1939 nr. 9)

Znaczenie znieczulenia krzyżowego w większych zabiegach ginekologicznych.

Do znieczulenia krzyżowego używa *Rech* 60 — 70 cm^3 0,75%-owego roztworu Tutocainy (TIII) z dodatkiem Suprareniny i NaCl. Znieczulenie, występujące po 10 minutach, utrzymuje się 1—1½ godziny. Jeśli po wprowadzeniu igły wypływa krew lub płyn mózgowo-rdzeniowy, wówczas nie należy wstrzykiwać Tutocainy. Dotychczas przeprowadzono znieczulenie krzyżowe u 1078 kobiet, u których wykonano laparotomie i operacje z powodu opadnięcia lub wypadnięcia macicy. W 158 operacjach wypadło jeszcze użyć 30 g eteru, w 149 do 60 g i u 202 kobiet ponad 60 g eteru. Przeszło połowa kobiet nie wymagała dodatku eteru. Znieczulenie krzyżowe było zapoczątkowywane przez podanie środka nasennego wieczorem w przeddzień operacji, następnie 0,5 g Veronalu na 3 godziny przed operacją, wstrzyknięcie 1 cm^3 Scopolamin-Eudocal-Ephetoniny (słabej) na 2 godziny oraz 1 cm^3 Dilaudidu na 1 godzinę przed operacją.

Dr W. Rech,
Klinika Kobieca w Monachium.

(Schmerz, Nark., Anästh. 1939, roczn. 12)

Leczenie dementia praecox.

U 42 chorych z dementia praecox stosowano po 10 wstrzykiwań Torantilu. W świeżych przypadkach leczenie powyższe doprowadzało do wcale znośnego stanu, utrzymującego się przez dłuższy czas. W przypadkach zadawnionych efekt nie był trwały. Zaznaczający się wpływ leczniczy Torantilu ma stanowić jeszcze jeden argument przemawiający na korzyść tezy *Buscaino*, głoszącego, że dementia praecox jest „toksykozą aminową".

Dr G. Tripi i *dr F. Bernocchi*,
Klin. Psych., Palermo.

(Il Pisano 1939 t. 59)

Torantil.

U wielu ludzi przebywających dłuższy czas w krajach podzwrotnikowych i przechodzących tam czerwonkę ameboową, pojawia się nieżyt jelita grubego występujący corocznie na wiosnę już po powrocie ze stref tropikalnych. Cierpienie połączone jest z silnym zaczerwienieniem języka oraz tworzeniem się bardzo bolesnych pęcherzy na brzegach języka. Stolce są obfite, pływają na wodzie, posiadają kwaśny zapach i zawierają liczne kryształy kwasów tłuszczowych. Prawie nigdy natomiast nie stwierdza się obecności ameb lub cyst. Waga ciała ulega szybko obniżeniu. Bóle w brzuchu występują rzadko, natomiast zwykle stwierdza się znaczne wzdęcie. Pewien chory, który powrócił z Indii, w ciągu szeregu lat zapadał na opisane cierpienie od lutego do czerwca. Dopóki pacjent zachowywał ścisłą dietę (ubogą w tłuszcze) tak długo stan był znośny. Z chwilą pojawienia się poziomek i ogórków następował szybki powrót do zdrowia. Napady stawały się łagodniejsze, o ile pacjent od początku wiosny rozpoczynał przyjmowanie witamin C i B.

W lutym 1940 pojawiły się ponownie opisane objawy z oznakami niedoboru witaminy C.

Schut przez kilka tygodni podawał z niedostatecznym skutkiem witaminy B oraz C, następnie zaś zastosował tytułem próby Torantil w ilości 3 razy dziennie po 2 drażetki. Stosowanie Torantilu miało na celu zapobieżenie ewen-

tualnemu niszczeniu witaminy C w jelicie. Po 2 dniach stolce były już najzupełniej prawidłowe. Następnie *Schut* odstawił witaminy, podawał natomiast w dalszym ciągu Torantil, w ciągu tygodnia 2 razy dziennie po 1 drażetce i następnie przez dłuższy czas po 1 drażetce z rana. Niedobór witaminy C ustąpił całkowicie w ciągu tygodnia leczenia Torantilem. W początkach maja ponownie istniało niebezpieczeństwo nawrotu, które jednak udało się usunąć w ciągu kilku dni.

Schut przypuszcza, że Torantil zapobiega rozpadowi witaminy C zawartej w pożywieniu. Byłoby rzeczą pożądaną wyświetlić, w jakim stopniu pomyślne działanie Torantilu w biegunkach u gruźlików opiera się również na zmniejszonym niszczeniu witaminy C.

Dr J. Schut, Alkmaar.

(Therap. Meded. 1941)

Leczenie promieniami Röntgena dychawicy oskrzelowej.

W szpitalu Wilhelminy w Wiedniu stwierdzono bardzo dobre wyniki leczenia dychawicy oskrzelowej przy pomocy naświetlania płuc promieniami Röntgena. Skutki były jeszcze pomyślniejsze w razie równoczesnego naświetlania śledziony. W chwili obecnej nie można jeszcze określić, jacy chorzy nadają się szczególnie do tego rodzaju leczenia. Bądź co bądź uzyskano poprawę w 80 — 85% przypadków zarówno świeżych jak i chorych już od dawna. W około 25 — 30% dochodziło do całkowitego ustąpienia dolegliwości.

Dr v. Paluguay,
Szpital Wilhelminy w Wiedniu.

(Wien. Klin. Wch. 1940 nr. 39)

Leczenie duru.

W ciężkim durze można obniżyć gorączkę stosując co godzinę po 0,1 g Pyramidonu (lub 5 razy dziennie po 0,2). Równocześnie zmniejszają się bóle głowy i ulega poprawie świadomość. *Gantenberg* jest też jeszcze zwolennikiem leczenia kąpielami; kąpiel rozpoczyna się w ciepłocie 32 — 33° i następnie ochładza stopniowo do 25 — 24°. Obok tego należy stosować środki krążeniowe, witaminę C oraz przetwory choliny. W razie odleżyn pożyteczne są maści z dodatkiem Pellidolu, Dermatolu lub też tranu. Surowica durowa (w przeciwstawieniu do szczepionki) znalazła dotychczas niewielu zwolenników. Pomimo tego jednak *Gantenberg* jest za stosowaniem nowoczesnych ulepszonych surowic durowych. Niedawno autor ten miał możność obserwowania uderzającej poprawy, która zaznaczyła się już po 3 dniach codziennego stosowania 20 cm^3 surowicy durowej (Behringwerke) w pewnym przypadku nawrotu durowego. Również nie powinniśmy zapominać o leczeniu przy pomocy bakteriofagów (Polyfagin).

Prof. dr R. Gantenberg, Berlin.

(Ther. Gwt. 1940 nr. 9)

Diabetyk w okresie wojny.

Już w 1870 roku przekonano się w Paryżu, że ograniczenie środków żywnościowych dobrze wpłynęło na wielu diabetyków. Również i podczas wojny światowej ograniczenie środków żywnościowych nie wyrządziło najmniejszej szkody osobnikom cukrzycym, co więcej, nawet częstość zachorowań na cukrzycę zdawała się ulegać raczej pewnemu zmniejszeniu. Już z dawna lekarze uznawali wstrzemięźliwość w jedzeniu za czynnik leczniczy, szczególnie wówczas, gdy mieli możność doświadczania powyższego spostrzeżenia na własnym organizmie, to zn. gdy sami byli chorzy na cukrzycę. Wielu diabetyków odżywiało się nadmiernie, zastępując sobie 100 gramów chleba 100 gramami masła. Wraz z ograniczeniem ilości tłuszczów wzrasta wrażliwość na działanie insuliny. Obecne wojenne ograniczenie tłuszczu, zwiększenie natomiast ilości chleba i ziemniaków nie odbywa się ze

szkodą dla diabetyków, lecz przeciwnie, może przynieść im nawet wiele pożytku. Dawniej zwiększony dowóz tłuszczów u diabetyków powodował hiperlipemię a nawet zwiększał niebezpieczeństwo miażdżycy tętnic. Ponieważ *Katsch* (częściowo drogą listowną) dowiedział się, że wielu lekarzy zbyt szeroko zgadza się na wydawanie dodatkowych kart żywnościowych, przeto wskazuje on na fakt, że wielu (lżej) chorych diabetyków w ogóle nie wymaga dodatkowych racji tłuszczu, u innych zaś może mieć znaczenie dodawanie tłuszczu w ilości 15 — 25 g. Minimum białka zdaje się być w cukrzycy nieco wyższe niż w warunkach prawidłowych, dlatego też należy polecać dietę obficie białkową („obfitująca w proteiny dieta małotłusta" podług *v. Noordena)* szczególnie w postaci potraw mięsnych; jednakże nie może tu być mowy o jakimkolwiek nadmiernym zwiększaniu pożywienia białkowego. W tego rodzaju przypadkach *Katsch* jest zwolennikiem wydawania dodatkowych racji żywnościowych, tak aby pacjenci otrzymywali dziennie 100—200 g mięsa, ponadto zaś do 300 g chudego sera wzgl. 500 g twarogu tygodniowo. Dalej powinien diabetyk spożywać wiele warzyw (przyrządzonych z niewielką ilością tłuszczu); należałoby również odebrać mu jego kartę na cukier, marmoladę i mąkę, przyznając 200 g chleba dziennie. Jak już wspomniano, podczas diety ubogiej w tłuszcze zwiększa się tolerancja węglowodanów. Wyrabiane w Niemczech herbaty i kawy zbożowe mogą być podawane bez zastrzeżeń, ze względu na nieznaczną zawartość węglowodanów. Zdawałoby się, że z powodu zwiększonego dowozu węglowodanów należy wstrzyknąć więcej insuliny. Tak jednak nie jest, gdyż dieta uboga w tłuszcze czyni chorych wrażliwszymi na działanie insuliny; zwiększanie dawek leku może przynieść jedynie szkodę.

Prof. dr Katsch, Greifswald.

(Th. Ggwt. 1940 nr. 10)

Zakażenia dróg moczowych i ich zwalczanie.

W zakażeniach dróg moczowych stwierdza się w 80% b. coli, w 7% gronkowce, w 1% paciorkowce i jeszcze rzadziej b. proteus, pyocyaneus, faecalis alcaligenes. U kobiet wykrywa się częściej b. coli, u mężczyzn gronkowce. Dieta naprzemian alkalizująca i zakwaszająca, ciepło, picie dużej ilości płynów, obok leków, jak heksametylentetramina, Aspirin, Salol, Salvarsan, Prontosil, Uliron i in. wspomagają w znacznym stopniu zwalczenie zakażenia. *Weber* odniósł wrażenie, że Prontosil działa lepiej od Prontalbiny. Prontosil wpływał również pomyślnie w zakażeniach pałeczkami ropy błękitnej oraz b. proteus. Zamiast Ulironu podawał *Weber* z powodzeniem acetylsulfanilamid. Również z dobrym skutkiem stosowano niekiedy szczepionki. Miejscowo wykonywano płukania roztworami Protargolu i in. U niektórych chorych zakażenie może być usunięte dopiero dzięki zabiegowi operacyjnemu.

Dr H. Weber,
Szpital Fr. Józefa w Wiedniu.

(Z. Urol. 1940 z. 8)

Wydawca: »Bayer« -PHARMA
Warschau, ul. Złota nr 7. Skrzynka pocztowa nr. 748.
Cena prenumeraty rocznej zł 6, półrocznej zł 3.
Odbito w drukarni Zakł. Wydawn. M. Arct, S. A. Warszawa, Czerniakowska 225.

TREŚĆ:

NOTATKI TERAPEUTYCZNE: